

MEMORIA DE INVESTIGACIÓN

Evidencia científica y práctica profesional enfermera
Estudio de los factores que determinan la práctica clínica basada en
la evidencia

Autor

Joan De Pedro Gómez

Director del proyecto:

Dr. Alejandro Miquel Novjara,
Departament de Filosofia i Treball Social. Universitat de les Illes Balears.

Programa de doctorado de Filosofía
Departamento de Filosofia i Treball Social.
Universitat de les Illes Balears.

ÍNDICE

Capítulo	Página
1 INTRODUCCIÓN	2
2 UNA REFLEXIÓN SOBRE LA PRÁCTICA CLÍNICA Y EL NACIMIENTO DE LA MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA	4
3 ¿ES EL MOVIMIENTO DE LA EVIDENCIA UN NUEVO PARADIGMA?	6
4 BENEFICIOS Y DEBILIDADES DEL MODELO	10
5 EVIDENCIA Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA	12
6 INVESTIGACIÓN Y PRÁCTICA PROFESIONAL	14
7 MUCHO ESTUDIADO Y POCO ASIMILADO	17
8 EL MARCO PARIHS, UNA PROPUESTA CONCRETA	22
9 PROYECTO DE INVESTIGACIÓN	25
10 ANEXOS	32
11 BIBLIOGRAFÍA	35

1. INTRODUCCIÓN

Si se contempla la práctica enfermera desde una mirada anclada en el rigor disciplinar, lo cierto es que, en el contexto global, su aplicación clínica no dispone de la suficiente sistematización que garantice, no ya la aplicación de los mejores cuidados, sino una clara referencia epistemológica y metodológica. Esto se traduce en una privación a la población de las prestaciones que les podría estar ofertando "otra concepción profesional" diferente a la que mantiene el colectivo enfermero, el cual está fundamentando su quehacer, en la defensa de un papel de la ciencia basada en un inductivismo ingenuo e imbuida de un pensamiento reduccionista.(1) En frente podría situarse otra concepción que reivindica posiciones más abiertas al compromiso con los continuos cambios en el conocimiento y las necesidades de la población, donde la Enfermería debe encontrar la coherencia con su historia y con los compromisos como profesión, dispuesta a sustentar su labor en una práctica sistematizada, que permita medir la efectividad de sus actuaciones.

Las organizaciones sanitarias destinadas inexorablemente a gestionar el conocimiento, nutren su cartera de servicios de las aportaciones que van realizando las distintas fuentes de conocimiento en materia de salud. Concebida tradicionalmente la enfermera como una profesional que desempeñaba tareas de eminente corte práctico, para las cuales una buena formación empírica era más que suficiente, las mismas han tenido serias dificultades para encontrar reconocimiento hacia las aportaciones propias de su disciplina a la salud de los usuarios, paciente o población en general. Su formación siempre ha estado muy condicionada por este fenómeno, generando múltiples instituciones docentes vinculadas a hospitales, que realmente eran centros de formación y provisión de masa laboral adiestrada a imagen y semejanza de la institución. Por tanto, el rol del conocimiento ha estado ajeno durante mucho tiempo a las enfermeras, incrustando en las organizaciones y los agentes que las componen, una profunda convicción de que esto es realmente así.

Paradójicamente, se ha comprobado que el ejercicio de la Enfermería constituye una conducta continua de procesamiento de información (2) a expensas del conocimiento, más que de datos aislados.(3) Cuando las enfermeras clínicas pueden, aplican resultados de investigación en su práctica habitual. Este fenómeno que se evidencia cada vez con mayor claridad, contradice las afirmaciones del estudio de Hunt, donde afirma: muchas enfermeras desconocen los resultados de investigación, otras no los creen y a muchas no les está permitido hacer uso de ellos.(4) Desde estos planteamientos constituye un imperativo otorgar a las enfermeras la posibilidad de acceso a las fuentes de información basadas en la evidencia, así como la orientación hacia la gestión de conocimiento enfermero, como un valor organizacional en alza.

Durante los últimos años vivimos inmersos en la corriente o paradigma de la evidencia científica. Este nuevo pensamiento propugna que todas nuestras actuaciones, opiniones o actividades deberían atenerse a la evidencia y enmarcarse en la corriente de la Enfermería Basada en la Evidencia (EBE) adaptada de la expresión inglesa Evidence Based Nursing (EBN), que a su vez vienen a ser una semejanza de la Medicina Basada en la Evidencia (MBE) o de su equivalente inglés Evidence Based Medicine (EBM). Pero esta corriente de pensamiento no está exenta de riesgos e imprecisiones, la primera se debe al uso erróneo del término anglosajón con el consiguiente deterioro de su verdadero significado en la práctica. El término "evidence" en inglés no significa lo mismo que "evidencia" en castellano. Se trata de un término equívoco, "evidence" significa prueba, hallazgo y tiene un matiz objetivo en inglés, mientras que "evidencia" en castellano tiene un matiz subjetivo y significa algo que no precisa demostración desde el punto de vista de quien habla.(5) Por otra parte el adjetivo "científico" que suele vincularse al término "evidencia" la viene a calificar como más evidente si cabe, al haber sido obtenida por métodos que todos entendemos como garantizados y seguros. Pero teniendo en cuenta el margen de error intrínseco que conllevan los resultados obtenidos por métodos "científicos", resulta que la unión de los dos términos, aunque persiga el mutuo reforzamiento, acaba en una contradicción ya que lo

científico nunca será por definición, evidente y lo evidente no puede obtenerse a través del siempre sujeto a error método científico.(6)

Pero no es la semántica el único punto de desencuentro con la evidencia. Siguiendo a Popper, defensor de la deducción como único método lógico de inferencia científica, lo que hoy llamamos verdades (evidencias) no son sino hipótesis a la espera de ser falseadas; lo que hoy tomamos por cierto, por evidente, puede dejar de serlo en el futuro.(7) Tal como defiende la forma de proceder del método de inferencia bayesiana, existe la posibilidad de asignar probabilidades subjetivas o grados de creencia a las hipótesis de una manera lógica. Es por todo ello que la historia de la ciencia nos obliga a ser cautos en nuestras afirmaciones que hagamos.(8)

2. UNA REFLEXIÓN SOBRE LA PRÁCTICA CLÍNICA Y EL NACIMIENTO DE LA MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA.

La práctica clínica se puede definir como el proceso de actuación de un profesional de la salud en relación con el cuidado del paciente. Sus componentes son el bagaje de conocimientos que tenga disponibles el profesional, los datos clínicos del paciente, las percepciones, razonamientos, juicios clínicos, decisiones y las actuaciones que de éstos se deriven y el modo en el que los profesionales mantienen sus conocimientos y habilidades clínicas. Nada más lejos de la realidad que considerar que este proceso es algo preciso y reproducible, existe una gran variabilidad en la toma de decisiones entre los profesionales, no tan solo entre diferentes pacientes sino en el mismo paciente y con el mismo diagnóstico, al ser tratado por diferentes profesionales o en diferente situación. Esta gran variabilidad en la toma de decisiones entre los profesionales ante un mismo proceso y diferentes pacientes aquejados del mismo proceso, refleja dos situaciones: a) Diferencias en la demanda, ya sea bien por diferente morbilidad o preferencias de sus pacientes y b) Desconocimiento e incertidumbre por el profesional sobre la utilización de la evidencia acerca

de los procedimientos con efectividad probada. Esta variabilidad en la práctica clínica, se traduce en un problema de calidad de las actuaciones,(9) lo cual da buena muestra de la forma de ejercer la práctica clínica. Ante esta forma de ejercer la complejidad de la práctica clínica, y probablemente como respuesta de la clínica al pensamiento tecnológico, aparece en escena la Epidemiología Clínica. Dicha expresión Epidemiología Clínica fue usada por primera vez en 1938 por JR. Paúl en la XXX reunión anual de la Sociedad Americana de Investigación Clínica. Treinta años más tarde (1968), A. Feinstein, recupera el concepto, y la identifica como el estudio de grupos de personas, para obtener la evidencia necesaria para la toma de decisiones en la atención del paciente.(10)

Dentro de este contexto, surgió la Medicina Basada en la Evidencia (MBE), como una metodología, orientada a facilitarle al profesional la toma de decisiones. En 1992, aparece un artículo firmado por el Evidence Based Medicine Working Group (EBMWG), del Departamento de Medicina y Epidemiología Clínica y Bioestadística de la Universidad de MacMaster, que llama la atención sobre “un nuevo paradigma” para la práctica de la Medicina.(11) De acuerdo con los componentes del grupo, “el nuevo paradigma” se diferencia del “viejo paradigma” fisiopatológico en que pone más énfasis en el análisis de la evidencia aportada por la investigación que en la intuición, la experiencia clínica no sistemática y el razonamiento fisiopatológico. Utilizando el pensamiento lógico de Popper, el movimiento de la MBE da a entender que la práctica clínica habitual no se basa en el uso consciente y juicioso de las mejores pruebas para atender y cuidar a los pacientes, es decir que hay una medicina que no fundamenta sus actuaciones en la evidencia.(12).

En 1996, el profesor Sackett, definió la MBE como la utilización consciente, explícita y juiciosa de la mejor evidencia clínica disponible para tomar decisiones sobre el cuidado de cada paciente,(13) esto supone integrar la experiencia individual del clínico con la mejor evidencia externa procedente de las revisiones sistemáticas. En defensa y promoción de la MBE en 1997 Sackett publicó un libro,(14) con el objetivo de establecer las bases para la práctica y la enseñanza de la MBE. Con menor difusión Rosenberg y Donald

precisan la práctica basada en la evidencia como un enfoque dirigido a la solución de los problemas surgidos en la práctica clínica, cuya característica más relevante es la toma de decisiones basadas en la mejor evidencia. (15) y definen la medicina basada en evidencias como el "uso consciente, explícito y juicioso de la mejor y más actualizada evidencia para la toma de decisiones en el cuidado de los enfermos".

Aunque parezca extraño, la práctica clínica actual es en muchos casos empírica, carece de la suficiente eficacia o no se ha comprobado su efectividad. La *Office of Technology Assessment* en 1978 observó que sólo estaban contrastadas entre el 10% y el 20% de las tecnologías sanitarias en uso; y la *Health Care Finaltial Administration* en 1985 encontró falta de datos para valorar la eficacia en el 69% de las tecnologías revisadas.(16) Antman halló un desfase de más de 10 años en los principales libros de cardiología evaluados, donde se recomendaban terapéuticas para el infarto agudo de miocardio superadas por la literatura periódica;(17) desde esta enorme variabilidad clínica, injustificada desde el punto de vista de la ciencia, que se traduce en diferentes estrategias terapéuticas para tratar una misma situación de pérdida de salud, dependiendo del centro de atención o profesional responsable del paciente, parece normal que la ciencia haya reaccionado, siendo consciente de este problema e intentando solucionarlo, es lógico que se cuestione una asistencia sanitaria cada vez más costosa y posiblemente sin resultados adecuados o suficientes, es indiscutible que la MBE nace como una crítica y una llamada de atención a la hasta ahora incuestionable Ciencia Médica como saber hegemónico.

3. ¿ES EL MOVIMIENTO DE LA EVIDENCIA UN NUEVO PARADIGMA?

El movimiento de la MBE no sólo es un concepto médico-científico o político-económico, sino también sociológico y filosófico. La MBE termina siendo un espacio en el que se integran de forma beligerante, los datos externos objetivos (que proceden no sólo de los hallazgos científicos, sino también

del campo de la economía, la sociología, la política, la filosofía etc). el profesional (con su experiencia clínica, su ideología y sus intereses) y el paciente (con sus deseos, necesidades y derechos).(18) Según Kuhn(19) las ciencias no progresan de manera uniforme por la aplicación de un supuesto método científico. Cambian y se verifican, en una sucesión de fases diferentes de desarrollo científico. En un primer momento, hay un amplio consenso en la comunidad científica sobre cómo explotar los avances conseguidos ante los problemas existentes, creándose así soluciones universales que Kuhn llamaba "paradigmas". En un segundo momento, se buscan nuevas teorías y herramientas de investigación conforme las anteriores dejan de funcionar con eficacia. Si se demuestra que una teoría es superior a las existentes, entonces es aceptada y se produce tras un periodo de "crisis" una "revolución científica". Tales rupturas revolucionarias traen consigo un cambio de conceptos científicos, problemas, soluciones y métodos, es decir nuevos "paradigmas". Aunque estos cambios paradigmáticos nunca son totales, hacen del desarrollo científico en esos puntos de confluencia algo discontinuo. Toda ciencia se perfila a lo largo del tiempo con las aportaciones de la comunidad científica que contribuye no sólo con nuevos conocimientos acumulativos, sino también cualitativos, que propician nuevos cambios de perspectiva con consiguiente creación de nuevos paradigmas que abren nuevos horizontes a la ciencia, concebida, por tanto, como algo abierto y en evolución.

Los padres y promotores de la Medicina Basada en la Evidencia (11) postulan que se trata de un nuevo paradigma científico. Según apuntan, lo novedoso de este nuevo modelo reside en la construcción de conocimiento a través de la investigación clínica localizada mediante la búsqueda bibliográfica y la aplicación de las normas de la evidencia. Frente a la evidencia está el paradigma "antiguo" de la medicina convencional, poco sistemático, ligado a una enseñanza tradicional que no cuestiona a los "grandes maestros", el sentido común y la experiencia individual. Tomado desde esta perspectiva podemos pensar que la medicina de "antes", en realidad la que se practica hoy en día, era una medicina basada en la incertidumbre y la opinión y, que la medicina de la evidencia, es la solución a tanta variabilidad clínica y disparidad de decisiones médicas. En otras

palabras, que la práctica clínica no tenía la suficiente relación con las pruebas y las decisiones se tomaban de manera empírica. Es posible que la MBE sea un nuevo paradigma, pero aún no ha llegado el momento de saberlo, cada paradigma considera que el mundo está constituido por distintos tipos de cosas, sin embargo no parece que la "antigua" medicina sea totalmente empírica ni que la "nueva" medicina sea totalmente objetiva, la situación actual estaría situada entre ambos modelos de práctica. Tal y como apunta Kuhn, cuando un nuevo paradigma empieza a implantarse, cuando se cuestiona lo establecido, comienza un periodo de inseguridad o crisis profesional, que en nuestro caso, es fácilmente reconocible con la lectura de las abundantes editoriales y artículos de revisión que aparecen en las revistas. Los científicos "normales" comienzan a entablar discusiones filosóficas y metafísicas como defensa enconada del nuevo o antiguo paradigma. Las posturas radicales terminan minando las bases del antiguo paradigma y sólo entonces comienza la revolución, la implantación del nuevo paradigma. (19,20)

Aunque algunos no comparten la apreciación de un nuevo paradigma, y conciben la MBE como una técnica o metodología para transferir de manera sistemática conocimiento a la práctica clínica, es decir un instrumento para generar conocimiento, el modelo inicial se centró principalmente en determinar las mejores evidencias de la investigación, en relación con un problema clínico o con la toma de decisiones y en aplicar esa evidencia a la resolución del mismo.(11) Esta fórmula que inicialmente quitó importancia a los factores determinantes tradicionales de la toma de decisión clínica, como las características fisiológicas y la experiencia clínica individual, posteriormente, se ha planteado que en la toma de decisiones basadas en evidencias, la investigación no debe ser la única guía que determine la acción, y teniendo en cuenta conceptos bioéticos, los clínicos deben aplicar su experiencia en la valoración del problema del paciente y combinar la evidencia de la investigación con las preferencias de los pacientes o la escala de valores de los mismos, antes de establecer el tratamiento (**Figura 1**).



Figura 1

Modelo original de los elementos fundamentales para la toma de decisiones clínicas basadas en la evidencia



Figura 2

Modelo actualizado de los elementos fundamentales para la toma de decisiones clínicas basadas en la evidencia

Recientemente, la MBE se definió como "una integración de la mejor evidencia procedente de la investigación con la experiencia clínica y las escalas de valores de los pacientes". Se ha propuesto un nuevo modelo en la toma de decisiones basadas en evidencia en el que el estado clínico y las circunstancias del paciente sustituyen a la "experiencia clínica" como uno de los elementos clave para tomar decisiones clínicas; las preferencias de los pacientes se amplían, incluyendo las acciones de los pacientes y se intercambia con la posición de evidencias procedentes de la investigación. Finalmente, la experiencia clínica integra los otros tres componentes, constituyendo así, un cuarto elemento(21) (**Figura 2**).

4. BENEFICIOS Y DEBILIDADES DEL MODELO

Para el estudio de las bondades y carencias de la MBE utilizaré la línea argumental de Gol-Freixa y del Llano Señaris,(22) quienes plantean que los beneficios más destacados de la MBE son los siguientes: 1) Asume como objetivo la integración de la experiencia clínica individual con la mejor evidencia externa (procedente de revisiones sistemáticas, de investigaciones clínicas, fundamentalmente ensayos clínicos. 2) Tiene en cuenta las preferencias de los pacientes y propone una cambio de actitud en la práctica sanitaria, el paciente debe ser informado para que pueda tomar decisiones que afectan a su salud. No se trata de un consentimiento informado, sino de la decisión consciente del paciente de la aceptación o negación de un tratamiento, una prueba diagnóstica, etc. Conociendo sus limitaciones, beneficios o su insuficiente evidencia. Para entendernos, es posible que muchas usuarias rehusaran someterse a resonancia magnética para medir la densidad ósea si conocieran los dudosos beneficios que aporta esta prueba, o si se les informara que la decisión clínica en caso de diagnóstico de osteoporosis severa, tiene escasas repercusiones en su salud, muchos usuarios rechazarían realizarse la prueba del antígeno específico prostático "el famoso PSA" si supiesen que el mismo sirve para

monitorizar la evolución del cáncer pero no para diagnosticarlo debido a su baja especificidad. 3) Fomenta y organiza el autoaprendizaje, aportando instrumentos para estudiar y aprender de manera más productiva. Permitiendo desechar y seleccionar documentos útiles frente a otros de escasa utilidad. 4) Transforma las necesidades de información en preguntas de investigación contestables.

En este sentido hay que decir que el patrón oro de la MBE, los ensayos clínicos aleatorizados (ECA), son considerados la evidencia con mayor calidad científica, pero estos son estudios que miden eficacia y seguridad, con limitaciones dependientes de su diseño intrínseco, que pueden dificultar su aplicación en el mundo real,(23). Por el contrario los estudios observacionales todavía tienen un papel importante en la investigación y responderán preguntas que no pueden ser estudiadas por el experimento clínico. Los estudios de casos y controles como diseños para responder sobre aspectos etiológicos, los estudios de cohorte sobre aspectos pronósticos y los estudios sobre pruebas diagnósticas para evaluar la capacidad operativa de una prueba diagnóstica, son procedimientos difíciles de superar por los ECA. Un interesante trabajo,(24) mostró que las diferencias entre estudios observacionales y aleatorizados realizados entre los años 1985 y 1998 comparando los tratamientos o las intervenciones para condiciones similares, no pudieron mostrar que los estudios observacionales aportaran resultados cuantitativamente mayores o cualitativamente diferentes de los obtenidos en estudios aleatorizados o ensayos clínicos. Gran parte de la evidencia actual está sustentada en estudios de corte no experimental, lo cual genera una importante controversia en el foro interno de aquellos profesionales que dedican su esfuerzo a la clasificación y difusión de las evidencias.

Otra crítica que no debemos pasar por alto es el salto conceptual que existe entre la eficacia y la eficiencia. La MBE, defiende el beneficio individual para el paciente y su punto clave es la eficacia, pues la principal información proviene de ensayos clínicos o metaanálisis en un entorno de práctica clínica "ideal" o "controlado". Así, la MBE podría ayudar poco para emplear los recursos de la mejor forma posible, al no estar orientada a esos

objetivos. La efectividad valora los beneficios de un producto médico asistencial en el mundo real, en la práctica clínica cotidiana, y puesto que se lleva a cabo en condiciones menos estrictas que los experimentos clínicos, la efectividad siempre será menor que la eficacia. Dado que la salud se interpreta como un bien social, la utilización racional de recursos nos obliga a priorizar los intereses de la sociedad más que los del propio individuo. Y debe ser la eficiencia entendida como el grado en que la atención se lleva a cabo de forma correcta según los conocimientos científicos actuales, con el fin de resolver problemas al menor costo posible, la que prevalezca sobre la eficacia. La eficiencia consiste en maximizar los resultados para un costo determinado (minimizar los costos para un resultado dado). La eficiencia de las intervenciones se valora a partir de la evaluación de costos y de resultados, los cuales según la unidad de medida, se distinguen en tres tipos de estudios: de costo-efectividad, (expresado en unidades físicas naturales años de vida ganados, complicaciones evitadas, etc.); de costo-utilidad, (expresado en unidades de vida respecto a la calidad de vida) y de costo-beneficio (expresado en términos monetarios)

El objetivo de la atención debe ser el de proveer a los clientes, del nivel asistencial más adecuado, de la forma más eficaz, efectiva y eficiente posible, de aquellos servicios que mejor promuevan, preserven o restauren el estado de salud de la población. Es deseable que la MBE evolucione hacia una medicina basada en eficiencia.(25) La MBE y la medicina basada en eficiencia deberían convertirse en herramientas complementarias, en la búsqueda del mejor tratamiento posible, tanto desde el punto de vista individual como social.

La reciente polémica sobre la vacunación contra el virus del papiloma humano a las mujeres (niñas) ilustra perfectamente esta controversia. Se puede mantener que la vacunación de toda a población diana de VPH espera una buena eficacia demostrada en condiciones experimentales, pero trasladado esto al practica sanitaria, la misma decisión resulta cuestionable desde el punto de vista de la efectividad dado su alto costo respecto a la inversión del Estado Español en Salud Pública y resulta difícil de defender si buscamos la eficiencia de una decisión sobre la que tenemos mecanismos de prevención secundaria que evitarían la mortalidad por esta causa a un coste infinitamente inferior sin los riesgos adicionales de la vacunación.

5. EVIDENCIA Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA

El problema para el desarrollo de la disciplina enfermera es la adaptación de la naturaleza de su sujeto o motivo de estudio al rigor que establecen los más prestigiosos organismos internacionales y el propio paradigma de pensamiento basado en la evidencia, al establecer que la evidencia es graduable y que su solidez máxima es aquella basada en los resultados obtenidos a través de ensayos clínicos aleatorizados. Sin embargo los estudios relacionados con los cuidados con mucha frecuencia se basan en estudios más complejos, desde el punto de vista disciplinar y metodológico, pasando a ser considerados como carentes de rigor o “alternativos” con el modelo biologista imperante. Sin querer restar validez a los citados ensayos clínicos aleatorizados, habrá que dejar claro que éstos no garantizan la seguridad, no maleficencia, ni beneficencia de ninguna práctica basada en los resultados obtenidos por este tipo de estudios, sistema o procedimiento. Además a esto habría que sumarle que difícilmente pueden resolverse gran parte de los problemas que la enfermería aborda, obligada a una visión más holística de lo humano. Por lo tanto el sueño empirista de tener unas guías avaladas por datos empíricos para cada una de nuestras prácticas y más aún, para cada una de nuestras organizaciones y modelos, se trata de algo irreal y que niega la verdadera realidad de la complejidad del acontecimiento humano,(26) cuanto más, en todo aquello que rodea al proceso de salud y enfermedad.

Hechas pues estas consideraciones, que entiendo imprescindibles y que seguro generaran la necesaria controversia de toda crisis en la evolución del pensamiento,(27) debemos de aclarar que la Enfermería Basada en la Evidencia, a la que por coherencia con lo apuntado, deberemos entender como Enfermería Basada en Pruebas, puede ser una excelente aportación a la mejora de nuestras prácticas, técnicas y modelos, pero deberemos tener en cuenta que se halla sujeta a poderes sociopolíticos y culturales, sin lo cual no podremos entender las dificultades para la implantación de sus resultados y lo que es peor, difícilmente daremos con el camino para resolver las mismas.

Otro aspecto a resaltar es el divorcio que existe entre los profesionales que investigan y quienes ejercen la disciplina, sobre todo en aquellas profesiones que basan su desarrollo en la experiencia ineludiblemente unida a la práctica, produciéndose una inadecuada incorporación de los hallazgos obtenidos por los primeros.(28) Este es un hecho al que se deben añadir una serie de condicionantes propios, tanto de la práctica como de la disciplina enfermera. En este sentido la actividad enfermera en tanto debe dar solución a las respuestas humanas y a los problemas de salud tanto reales como potenciales, precisa de una actuación basada tanto en la evidencia como en la experiencia. Esto hace que exista una gran variabilidad incluso en el mismo profesional en distintas situaciones (intraenfermeras), o entre distintas profesionales (interenfermeras), respecto a las observaciones, percepciones, razonamientos, intervenciones y estilos de práctica que trae como consecuencia un marco de trabajo con un alto grado o nivel de incertidumbre.(29)

Sabemos que los cuidados enfermeros están sujetos a numerosas prácticas inefectivas, ya sea porque o bien no se realizan dichos cuidados aún estando probado que son efectivos, o se realizan sin estar probada su efectividad o se realizan a pesar de estar probada su ineffectividad. Hay modas, inercias y situaciones que se mantienen o propagan con éxito sin entenderse muy bien por qué. Por el contrario, es manifiesta la escasa repercusión que tienen muchas propuestas, guías o protocolos, tienen a pesar de su difusión en medios profesionales de relevancia científica.

Por lo general, cuando no hay pruebas disponibles, la enfermera tiende a basar sus decisiones en su exclusiva experiencia, con lo que aumenta la posibilidad de error. Las observaciones personales son escasas y no sistematizadas, la memoria es selectiva, las apariencias sesgadas y la mente no elabora comparaciones aleatorizadas entre diferentes problemas. En consecuencia, la variabilidad deberá reducirse mediante la incorporación de pruebas obtenidas de la investigación, a través de los conocimientos, de las actitudes y de las habilidades o lo que es lo mismo, de lo que las enfermeras sepan hacer, quieran hacer y sepan cómo hacer, al tiempo que

no existan condicionantes externos "insalvables" que lo "impidan" (sociales, organizativos, etc).

6. INVESTIGACIÓN Y PRÁCTICA PROFESIONAL

La práctica en apariencia adherida al rigor y ortodoxia científicos, depende en realidad de actitudes personales de la enfermera, motivaciones, estímulos y creencias ligadas a la organización en la que desarrolla su actividad. Y es que la utilización de la investigación no es tanto una cuestión individual como organizacional, bien entendido que las organizaciones las forman las personas, pero que también intervienen otros factores que condicionan decisivamente la labor profesional; existiendo muy pocas descripciones de los roles o de los modelos organizacionales que hayan combinado exitosamente investigación y práctica.(30,31) Así encontramos que en las organizaciones sanitarias en general no existe una decidida orientación hacia la investigación de enfermería, ni una concienciación extendida sobre su importancia.(32) Del mismo modo existe poco interés tanto de las organizaciones como de los directivos, por la utilización de abordajes desde paradigmas distintos al positivista.(33,34) Se infravalora lo cualitativo, aspecto esencial del cuidado enfermero, provocando que en muchos casos no se tengan en cuenta y sea muy difícil la puesta en práctica de los hallazgos obtenidos por las enfermeras, dada la visión biologicista y tremendamente medicalizada de las organizaciones sanitarias. Cabe añadir asimismo la tendencia, por parte de políticos y gestores, a contemplar la evidencia como una panacea de la eficiencia económica, al desviar la atención hacia los aspectos dominados por el poder, la elección política e ideológica y las influencias socioculturales. Esto dificulta, sin duda, la mejor actuación enfermera hacia los usuarios en situación personal compleja e intransferible, basada en la utilización consciente y crítica de la investigación más reciente y la experiencia profesional.

Hay que destacar, como ya he comentado, el hecho de que la práctica enfermera es muy dependiente del medio y de los objetivos de la atención sanitaria que pretende proporcionar. Así nos encontramos con condicionantes propios de la práctica que en unos casos reducen la incertidumbre pero en otros la agravan. El hecho, ya comentado, de la

medicalización de los servicios sanitarios, conduce a contemplar al individuo como un ser bipolar, dicotómico y asimétrico en el que la biología domina toda la atención enfermera, resultando muy difícil realizar una valoración integral, quedando ésta fagocitada y siendo muy difícil darle visibilidad. Estas circunstancias, hacen de la toma de decisiones un proceso inestable e incierto que influye en la consiguiente entropía e incertidumbre asistencial.

Por lo tanto, las enfermeras se ven obligadas a tomar decisiones sobre situaciones muy complejas, bajo circunstancias muy difíciles y con muy poco apoyo. Si a todo lo anterior unimos el escaso interés e incentivación hacia la investigación enfermera en las organizaciones y la consecuente nula o baja incorporación de los datos obtenidos en la práctica enfermera, podremos entender la precaria situación de la investigación de enfermería en muchos lugares.

Es preciso destacar que la evolución de la enfermería en los últimos 25 años ha hecho posible que sus profesionales pasaran de ser técnicos con funciones y competencias exclusivamente delegadas y sin contenido científico, a ser profesionales de la ciencia y la disciplina enfermera con funciones y competencias autónomas,. Estas van ligadas a la prestación de cuidados requeridos por los usuarios en diferentes etapas vitales alejadas, en muchas ocasiones, de los trastornos de tipo biológico y que introducen un componente clave en las decisiones: las expectativas, las creencias y necesidades del usuario, sus familias y su entorno, y que no por eso dejan de estar sujetas al rigor científico.

En diferentes estudios, se pone de manifiesto la importancia de los cuidados enfermeros, tanto en la respuesta a las necesidades planteadas por los usuarios, como a la eficacia y eficiencia en la organización de los propios servicios,(35) el hallazgo de pruebas que ponen de manifiesto como las enfermeras otorgan menor importancia a los problemas biológicos en favor de problemas relacionados con las respuestas humanas, al contrario de lo que sucede con la clase médica. Estas actitudes sin embargo, con parecer razonables, indican una clara deficiencia relacionada con las prioridades que médicos y enfermeras realizan sobre la base de su diferente percepción de

salud y enfermedad.(36) Por el contrario, y tal como se evidencia en otros estudios, la utilización de pruebas mejora sensiblemente la práctica en estos servicios, independientemente de las preferencias o inclinaciones por razón de pertenencia a colectivos profesionales o disciplinares diferentes.(37)

Por todo ello y para poder incorporar pruebas a la actividad enfermera, será preciso integrar las contradicciones de la cultura organizacional, del usuario y del profesional, con estudios científicos de distinta naturaleza, pero evitando la focalización únicamente en el paradigma científico-tecnológico y favoreciendo una perspectiva holística con la que hoy día se acepta universalmente el ejercicio profesional de la enfermería. Las enfermeras deben plantearse seriamente pasar de ser transmisores pasivos, a ser gestores activos y creadoras del conocimiento científico al servicio de la salud y de la comunidad que precisa de sus cuidados allá donde se hallen.

En cualquier caso, la incorporación de pruebas por parte de las enfermeras a su actividad diaria está determinada por barreras e instrumentos facilitadores que influirán de manera determinante en su aplicación.(38) En la medida en que las acciones facilitadoras vayan inhibiendo o eliminando las barreras se logrará unos cuidados basados en la evidencia, para que sobre la base de los nuevos conocimientos obtenidos, seamos capaces de expresar con claridad las aportaciones que nos identifican como enfermeras.

.

7. MUCHO ESTUDIADO Y POCO ASIMILADO

Desde hace tres décadas se vienen publicando estudios sobre la utilización de la investigación en la práctica clínica. Sin embargo es en el último decenio cuando se detecta un énfasis por entender los factores que determinan o influyen en la transferencia de la investigación a la práctica clínica. No obstante, aunque en la actualidad existe un conocimiento creciente acerca del papel que juegan las organizaciones en la transferencia de resultados de investigación a la práctica clínica, el conocimiento sobre los

factores que influyen en esta adopción por parte de las enfermeras es limitado.

Actualmente La literatura sobre la práctica clínica basada en la evidencia discute la necesidad de adoptar modelos de intervención con teorías subyacentes que determinen qué factores afectan a la utilización de la investigación y como influye el contexto en su aplicación.(39) Aceptando esta visión, sería necesario revisar la teoría para aumentar la comprensión del cómo y el por qué una determinada intervención actúa sobre la adopción de los resultados de la investigación en la práctica clínica. Sin embargo, para consolidar una teoría bien desarrollada y probada es necesario avanzar en el estudio de la utilización de la investigación. Algunos estudios(40-43) han demostrado que la utilización e inclusión de los resultados de la investigación en la práctica de los cuidados de salud es un proceso imprevisible con resultados inesperados; lo que parece funcionar en una determinada situación puede que no resulte de la misma manera en un contexto diferente (44-46). Una revisión sistemática sobre la eficacia y eficiencia de la difusión y estrategias de aplicación,(47) demuestra que solamente el 10% de estudios incluidos proporcionaron un análisis teórico, razonado y explícito para la intervención que era evaluada. Así, en otra anterior revisión donde se estudiaba el papel de las organizaciones en la transferencia de la investigación sobre la profesión enfermera también se halló que los apoyos teóricos eran infrecuentes (48).

Portanto pues resulta imprescindible describir con exactitud la naturaleza de las intervenciones para progresar en esta línea de investigación. Davis y cols 49. ya señalaron las grandes diferencias que existían entre *adopción*(compromiso y decisión del proveedor de cambiar su práctica); *difusión* (distribución de información que origina una adopción de recomendaciones sin más); *diseminación* (implica mayor actividad que la difusión e incluye la comunicación de información para mejorar los conocimientos o habilidades) e *implementación*(que supone una diseminación activa, con el empleo de estrategias diseñadas para superar barreras posibles).

Se dispone de excelentes trabajos de revisión (50-52) donde se observa como la investigación enfermera sobre la utilización del conocimiento científico comenzó en los años 70, reflejándose un aumento significativo en la producción del trabajo empírico a partir de los 90. Una síntesis de esta literatura nos permite identificar tres campos de actividad de la investigación en esta área: a) las descripciones de los modelos de utilización de la investigación, b) el estudio de los determinantes individuales que examinan el uso de la investigación y c) el estudio de las características de la organización que influyen el uso de la investigación.

Los resultados de estas investigaciones sugiere que los estudios individuales sobre la utilización de la investigación en la práctica enfermera se han basado predominantemente en diseños bivariantes y de correlación, por lo que no se han podido identificar dada la naturaleza del propio diseño bivalente interesado en concretar la causa o efecto de un acontecimiento, las interacciones entre los factores que condicionan la utilización de la investigación. Estas a su vez, permiten entender mejor los factores que modelan las relaciones entre las características de la organización, las individuales y la utilización de la investigación.

Numerosos estudios (53- 59) han abordado la utilización de los modelos de la práctica basada en la evidencia. En general fueron desarrollados generalmente para dirigir actividades de puesta en marcha de la investigación en la práctica clínica, no para probar las estructuras que predicen el uso de la investigación o desarrollar hipótesis medibles de estos modelos sobre las relaciones entre los factores que los conforman y los que condicionan la utilización de la investigación. Por lo tanto, pocos estudios divulgan la eficacia de un determinado modelo para alcanzar una mayor utilización de la investigación en la práctica o para identificar los predictores de la utilización. La mayoría de estos modelos se dirigen a los factores individuales que influyen sobre la utilización de la investigación por parte de las enfermeras.

Sin embargo, investigadores como Stetler (60) han puesto mayor énfasis en la influencia de la organización tales como el liderazgo, la cultura de la

práctica basada en la evidencia y la capacidad de infraestructuras de las que dispone la organización para involucrarse y sostener dicha práctica.

Existen dos instrumentos validados en países extranjeros dedicados al análisis de los factores que influyen en el entorno de la práctica enfermera, definido éste como un conjunto de características de la organización del ámbito del trabajo, que facilitan o dificultan la práctica profesional.

El Nursing Work Index (NWI) (61) se diseñó para medir el entorno de la práctica enfermera en el ámbito hospitalario. Su validez y fiabilidad, viene avalada por asociarse con diferentes indicadores de resultados clínicos (tasa de mortalidad, estancia media hospitalaria, satisfacción de los pacientes) y de satisfacción profesional (tasas de absentismo, satisfacción profesional y productividad percibida).

El NWI ha sufrido diversas modificaciones, la última versión validada en nuestro contexto, está formada por 5 grandes áreas con un total de 31 ítems (62). Al fin y al cabo, el objetivo del instrumento es detectar aquellas partes débiles del entorno en la práctica enfermera para posteriormente modificarlos y así, obtener mejores resultados en la clínica. Según la revisión bibliográfica aún no hay un modelo validado del NWI para el personal de enfermería en atención comunitaria. El NWI se diseñó expresamente para el ámbito hospitalario con unas características propias para la organización clínica.

Por otra parte, el Evidence-Based Practice Questionnaire (EBPQ) (63) tiene 24 ítems organizados en 3 subescalas para determinar la información y opinión en tres áreas relacionadas con la práctica, como son el conocimiento, el uso y las actitudes hacia la Enfermería Basada en la Evidencia. En definitiva, mide el grado subjetivo acercamiento y de aplicación en la práctica de trabajo, a través de la opinión del encuestado, entendiendo que la efectividad clínica, conseguida a través del acercamiento a la práctica basada en la evidencia, es esencial para ofrecer cuidados rigurosos y avanzados.

Así las cosas, se hace necesario reflexionar sobre la situación con una mirada crítica, tanto hacia el colectivo profesional como hacia las organizaciones, pues sería del todo injusto cargar con toda la responsabilidad de la situación a unos profesionales obligados a ejercer su profesión en ámbitos organizacionales que condicionan su práctica profesional. Es hora de que los profesionales demanden a las organizaciones la capacidad de desarrollar el rol profesional para el que han sido formados.(64). Para que una enfermera quiera mejorar su práctica profesional es necesario un cierto grado de emancipación de su toma de decisiones, asumiendo que estas deben basarse en el conocimiento científico y las necesidades del paciente.(65)

Las organizaciones deben trabajar para que se produzca un cambio en el rol subalterno al que se someten frecuentemente las enfermeras y en el modelo de relaciones interprofesionales entre médicos y enfermeras. No va quedando espacio ya para medias tintas y parches en este problema: todos los agentes implicados deben establecer un camino serio, marcado por el rigor y los resultados de investigación, que elimine definitivamente cualquier desajuste que ahora mismo se pueda estar traduciendo en eventos adversos en nuestros pacientes y en la ciudadanía (66).

Algunos autores ha estudiado temas colaterales sobre como inciden la práctica enfermera en los resultados asistenciales, confirmando la importancia que tiene para la morbi-mortalidad de los pacientes la correcta atención por parte de los profesionales de la enfermería. Nos detendremos unos momentos en estos alarmantes resultados para entender la importancia que juega sobre los resultados asistenciales poseer un modelo de práctica profesional que garantice una correcta atención.

Un reciente metaanálisis (67) concluía que el incremento de la dotación de de enfermeras se asocia con una menor mortalidad, con un Odds ratio (OR, 0,91 (IC) 0.86-0.96) en las unidades de Cuidados intensivos, (OR 0,84; (IC) 0.80-0.89) en pacientes quirúrgicos , y (OR 0,94 (IC) 0.94-0.95) en pacientes médicos. El mismo metaanálisis también concluyó que el incremento de enfermeras reducía en los pacientes de UCI la neumonía adquirida (OR 0,70 (IC) 0.56-0.88), la extubación no planificada (OR 0,49

(IC) 0.36-0.67), los fracasos respiratorios (OR 0,40 (IC) 0.27-0.59) y el paro cardíaco (OR 0,72 (IC) 0.62-0.84). Asimismo, se veía reducido el incumplimiento en los fallos de rescate en pacientes quirúrgicos (OR 0,84; (IC) 0.79-0.90), la estancia de pacientes en UCI el 24% (OR 0,76 (IC) 0.62-0.94 y en pacientes quirúrgicos el 31% (OR 0,69 (IC) 0.55-0.86).

Los estudios de Aiken, que analizan la relación directa entre el nivel del equipo de enfermería y sus efectos sobre la seguridad del paciente, resultados y la satisfacción del profesional hospitalario, determinaron que el incremento adicional de un paciente por enfermera y turno estaba asociado a un incremento de complicaciones y mortalidad del paciente y en el *burnout* profesional. Además, describió que la insatisfacción de las enfermeras en unidades con ratios enfermera-paciente bajas era superior en aquéllas que tenían ratios altas.(68). De la misma manera, Needleman (69) verificó que aumentar las horas de cuidados por enfermeras estaba relacionado con la reducción del periodo de hospitalización, la reducción de las infecciones urinarias, la reducción de las hemorragias digestivas y de neumonías adquiridas en el hospital o nosocomiales, la reducción de los estados de *shock*, número de paradas cardíacas y la reducción de "fallo al rescate" en pacientes con problemas médicos. El aumento de enfermeras también se asocia con la reducción de la frecuencia de infección urinaria en pacientes quirúrgicos.

En España, el reciente estudio ENEAS (70) cifra la incidencia global de eventos adversos en un 11,6% y la de *éxitus* en un 4,4%. La incidencia de efectos adversos relacionados directamente con los cuidados se acercaba al 8%, pero aparecían efectos adversos en los que la intervención enfermera tiene una vinculación directa, tales como los relacionados con la infección nosocomial 25,3% o con la medicación un 37,4%, entre otros.

Podemos observar con claridad la relación existente entre modelos de baja consideración por establecer unas correctas condiciones de trabajo para la enfermería y el incremento de riesgo para los pacientes traducible en aumentos intolerables de la morbi-mortalidad. No obstante, si se aumenta el número de enfermeras y persisten determinados modelos de práctica

profesional y culturas organizacionales en las que la enfermera es considerada bajo el prisma del siglo XX (que aún perdura en muchos gestores y profesionales) como un recurso al servicio de otros profesionales y no como un profesional con de capacidad influir y mejorar la oferta dentro de la organización, poco se avanzará. En función de lo que una organización piense sobre para qué “sirven” las enfermeras, se desarrollarán servicios en los que se asuma una capacidad de resolución adecuada (71).

8. EL MARCO PARIHS, UNA PROPUESTA CONCRETA

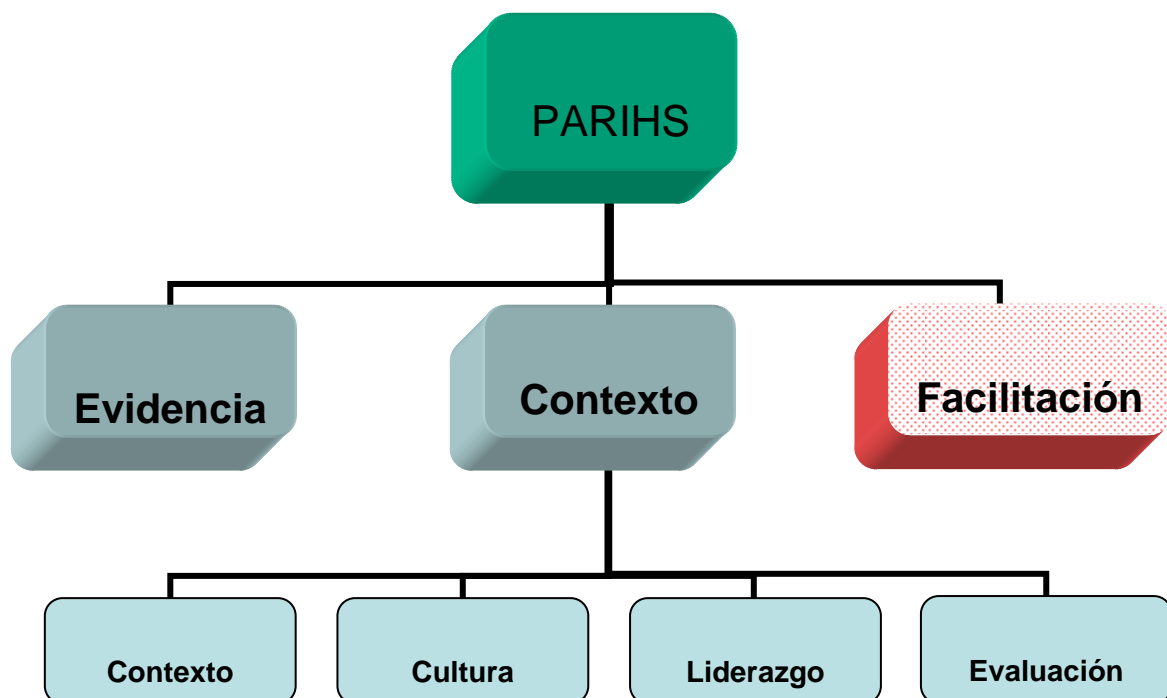


Figura 3. El marco PARIHS (Promoting Actions on Research Implementation in Health Services Framework)

El marco de PARIHS (72) (Figura 3) ha ganado últimamente atención como estructura para la implantación de una práctica basada en la evidencia y se ha utilizado como marco teórico en varios estudios. (73,74) El grupo de PARIHS plantea que existen tres elementos importantes en la puesta en práctica de la investigación: a) la naturaleza de la evidencia usada, b) la calidad del contexto para hacer frente al cambio y c) el tipo de facilitación

necesaria para asegurar el cambio con éxito. La evidencia se formula para ser constituida como el conocimiento generado a partir de cuatro fuentes: investigación, experiencia clínica, pacientes y contexto local, entendiendo que la confluencia de estas bases de la evidencia ocurre dentro de un ambiente clínico complejo, multidimensional y multifacético.(75)

Posteriormente el grupo de PARIHS definió el contexto como el ambiente en el cual se propone un cambio para ser llevado a cabo, argumentado que está compuesto por tres dimensiones; una cultura de aprendizaje orientada a los valores que es receptiva al cambio, una dirección transformadora que apoya el trabajo en equipo y la implicación del personal en la toma de decisiones, y una evaluación de los diferentes niveles del desempeño con mecanismos eficaces de la retroalimentación. Parece demostrada la relación entre contextos positivos y mayores niveles de la utilización de la investigación.(76,77)

El tercer elemento fundamental en la implantación de la investigación para una práctica basada en la evidencia es la facilitación, el mismo puede tener diferentes formas desde la promoción de ayuda y apoyo para cumplir un resultado específico, hasta capacitar tanto individualmente a profesionales como a equipos a reflexionar y cambiar sus propias actitudes, comportamientos y maneras de trabajar (78). Un facilitador puede ser caracterizado como un agente de cambio que utilice predominantemente un enfoque de resolución de problemas participativo, en vez de prescribir y dirigir un sistema de acciones. Un trabajo cualitativo reciente realizado por Stetler (79) divulgó la facilitación como un proceso deliberado de resolución de problemas interactivo y de apoyo a través del uso específico de intervenciones. El facilitador debe convertirse en el elemento clave para inspirar y ganar el compromiso y el entusiasmo de los profesionales, consciente de que el éxito de las transformaciones está, en que los propios profesionales entiendan como suyas las ideas aprobadas para utilizar los nuevos conocimientos en la práctica clínica. Se trata de envolver a la organización en un marco de práctica clínica basada en la evidencia promovida por la facilitación, el soporte, la capacitación y las infraestructuras.(60) Suscitando una visión del cambio, asumido por los grupos implicados, se debe promover una organización de modelo

constructivista que promueva el "empowerment" o capacitación, facilitando que los trabajadores ganen mayor autonomía en sus acciones profesionales (80) a partir de un entorno que propicie el acceso a la información, el soporte, los recursos necesarios para hacer el trabajo y las oportunidades para aprender y crecer (81). De esta manera, se optimizarán los niveles emocionales y la satisfacción en el trabajo (82).

El marco PARIHS reconoce que el propósito de la facilitación puede variar desde un proceso enfocado a proporcionar la ayuda específica para alcanzar una tarea, hasta colaborar en el cambio de actitudes y comportamientos. Por lo tanto, el papel del facilitador es permitir un aprendizaje reflexivo, ayudando a identificar necesidades, animando al pensamiento crítico, y determinar así el logro de los objetivos de aprendizaje.(75)

Resulta evidente que no existe una receta mágica para que las organizaciones modifiquen las prácticas clínicas de sus profesionales. No sólo las intervenciones multidisciplinarias parecen ser eficaces, sino también las intervenciones individuales. Aunque una de las intervenciones con mejores resultados es la construcción de estructuras de aprendizaje, un simple recordatorio podría proporcionar una estrategia más clara o un mensaje coherente y por lo tanto, tener un mayor impacto. Además, el material educativo, los recordatorios, la retroalimentación y la revisión de los roles profesionales pueden tener más efecto que otras estrategias de intervención, lo cual sitúa este proyecto ante la necesidad de determinar qué estrategias de facilitación parecen tener mejor impacto en las propias organizaciones, en el entorno de un marco teórico explicativo (83-85)

Así pues, este proyecto intentará dar respuesta a cuales son las razones sobre las que se sustentan las dificultades para la incorporación en la práctica enfermera de las pruebas, sin olvidar la verdadera ontología de la disciplina. Tan solo el estudio detallado de las causas que provocan este alejamiento de los profesionales de la enfermería, de esta visión del ser como una complejidad, puede devolver a las enfermeras la sensación de necesitar de los resultados de la producción científica en su práctica profesional. Tan solo este análisis desde diferentes perspectivas, la

organizacional, la de los profesionales de diferentes sectores y la de los usuarios puedan abrir caminos para recuperar profesionales que atiendan a las personas y no las patologías, a las respuestas de los individuos y grupos y no tan solo a las causas y los síntomas, en definitiva profesionales que entiendan que esta crisis del conocimiento debe servir para incorporar a la práctica profesional el conocimiento científico desde una actitud comprometida con el *ser* y con el *saber*

9. PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Promoción de acciones de implementación de la investigación en los Servicios de Salud (PAISS)

El objetivo general de este estudio es establecer el diagnóstico en las diferentes organizaciones tanto a nivel de estructura de apoyo para la facilitación de la Práctica Clínica Basada en la Evidencia (PCBE) como de las características individuales de los profesionales que conforman cada organización, permitiendo así el diseño de las intervenciones para mejorar la implantación de una PCBE.

Esto se pretende conseguir mediante los siguientes objetivos específicos:

a) Determinar la percepción subjetiva que tienen los 3725 profesionales de enfermería pertenecientes al Institut Balear de la Salut, acerca de los diferentes aspectos de la organización que mejoren la práctica clínica basada en la evidencia, tanto en el nivel de asistencia especializada como en el de atención primaria. Asimismo, dentro de este primer objetivo, también se evaluará la opinión que tienen las enfermeras sobre su actitud, capacidad y dificultades para llevar a cabo una práctica clínica basada en nuevas evidencias científicas.

Esta primera fase permitirá clasificar los centros en función de que sus contextos obtengan una valoración de su entorno más o menos positiva.

También se podrá buscar la relación entre las actitudes, capacidades y dificultades de las enfermeras y las características de los diferentes centros.

b) Se pretende mostrar si una intervención centrada en la facilitación mejora, tanto la imagen que tienen los profesionales del centro donde trabajan, como el efecto sobre la modificación de sus actitudes, preparación y opinión en relación con la transferencia de conocimientos a la práctica clínica.

c) Este estudio tiene intención de servir de base a una posible medición de los resultados observados sobre los pacientes. La propia red que articulará la participación en el proyecto debería servir de base para transportar los resultados de mejora, de esta forma el proyecto se sumaría a estudios que están trabajando la identificación de indicadores de resultados de los cuidados, para en posteriores fases desde el establecimiento de las condiciones que demuestren su influencia en la mejora el transporte de la evidencia a la práctica clínica, poder medir las modificaciones en los resultados de los diferentes procesos clínicos.

INTERVENCIÓN

La intervención está basada en el carácter operativo de la facilitación interna y externa a través de múltiples proyectos de intervención, por ello se creará una estructura, siguiendo la creación de un marco para la promoción de acciones de implementación de la investigación en los servicios de salud (PAIIS) (Figura 4) y que constará de los elementos descritos a continuación:

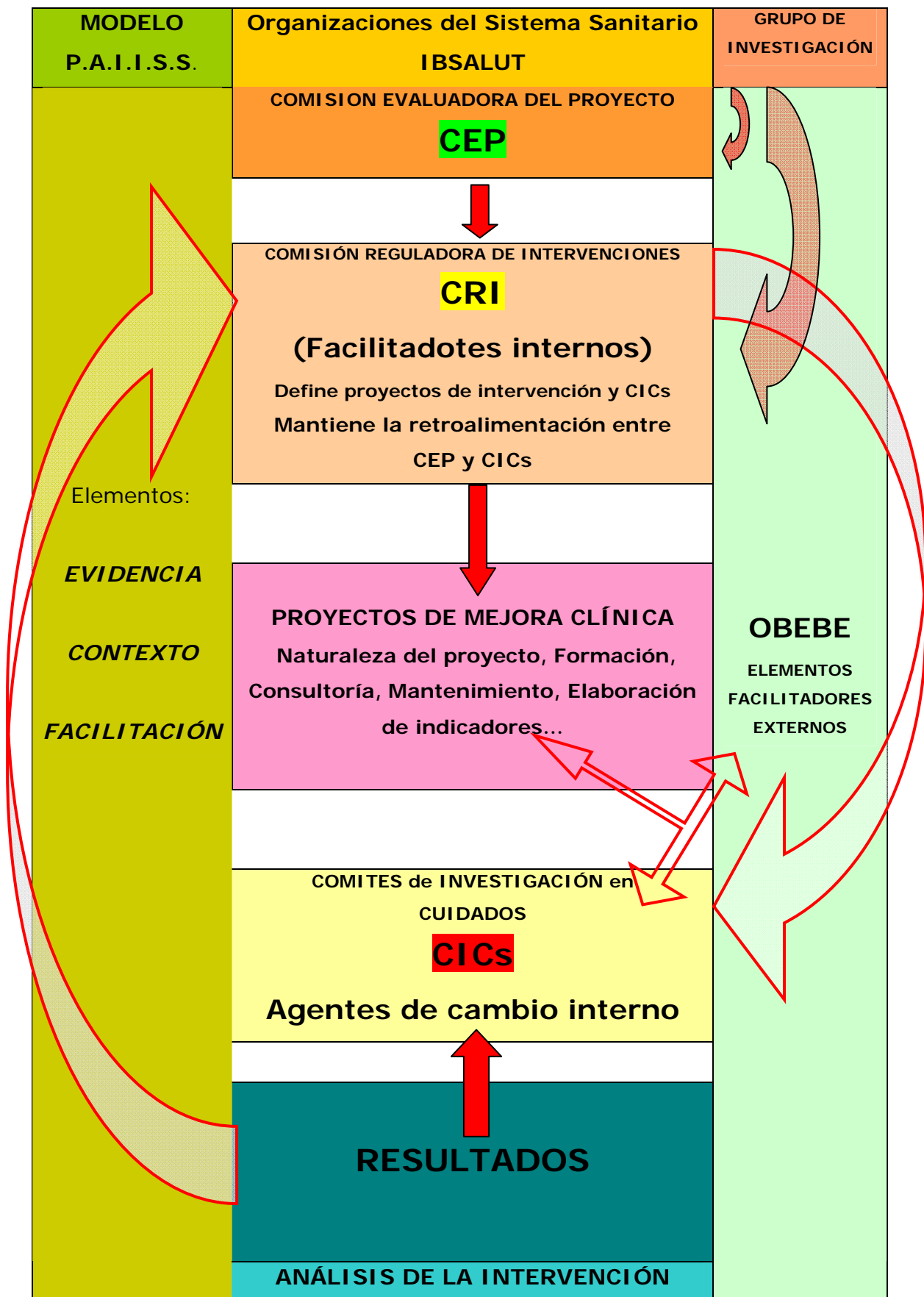


Figura 4 Marco para la promoción de acciones de implementación de la investigación en los servicios de salud (PAIISS)

CEP

Se constituirá la Comisión Evaluadora del Proyecto (CEP), formada por los miembros del equipo investigador y profesionales de las diferentes organizaciones participantes con capacidad para la toma de decisiones. Su función principal será la de velar por la coordinación del proyecto en su globalidad, al tiempo que sirve de nexo de unión entre los órganos de gestión de las organizaciones participantes y las Comisiones Reguladoras de las Intervenciones (CRI).

CRI

Estas comisiones tienen un papel central en el desarrollo del proyecto. En primer lugar deben facilitar el cambio de percepción de los profesionales - enfermeras base, coordinadores y directores de enfermería- al permitir un modelo de gestión que facilite una cultura organizacional orientada al aprendizaje y receptiva a los cambios, que apoye el trabajo en equipo y la implicación del personal en la toma de decisiones, facilitando la evaluación entre los diferentes niveles del desempeño y con mecanismos eficaces de retroalimentación. En segundo lugar, debe valorar la viabilidad de los proyectos de intervención y las condiciones que se deben establecer para su desarrollo, con especial atención en la coordinación con otras organizaciones cuando la naturaleza de la intervención así lo requiera.

CICs

Los Comités de Investigación en Cuidados (**CICs**). son los centros operativos del proyecto. Al menos cada CIC debería tener en la CRI de su centro (hospitales, centros de salud, centros sociosanitarios) un representante de entre los agentes de cambio que conforman el proyecto y que participan en la intervención, de forma que quedase garantizada la retroalimentación necesaria de los distintos CICs con el proyecto global.

FACILITADORES EXTERNOS

El proyecto cuenta inicialmente con la colaboración como facilitador externo del Observatorio Balear de Enfermería Basada en la Evidencia (OBEBE). En función de las diferentes intervenciones se podrían incorporar otros facilitadores.

La intención global es aceptar tantas intervenciones como las organizaciones consideren relevantes, con la única condición de que por parte de la organización se ofrezcan agentes de cambio internos, capaces de garantizar la viabilidad del proyecto presentado. Éstos deberán adquirir mediante las acciones propuestas, y con la ayuda de los facilitadores externos que se determinen, los conocimientos y habilidades necesarias para garantizar la transferencia de conocimiento en el tema propuesto.

Mediante la medición de las variables que recogen los cuestionarios NWI y CPBE se comprobará el efecto del carácter multifacético de la facilitación sobre los profesionales de las organizaciones, tanto en su percepción de las condiciones que se desarrollan en la propia organización, como de aquellas más individuales que condicionen en una forma de trabajo proclive al cambio y a la transferencia de nuevos conocimientos.

Aunque no es la finalidad inicial de esta fase del proyecto no descartamos tal como se ha comentado anteriormente que puedan existir intervenciones que midan resultados en base a indicadores previamente definidos y validados, o incluso que algunas de las intervenciones del proyecto intente definir indicadores de resultado en determinados procesos o ámbitos clínicos.

Esperamos que en un futuro las diferentes investigaciones interesadas en medir la influencia de los cuidados, unas evaluando los resultados de los procesos a los que son sometidos los pacientes, y otras identificando los condicionantes de mejora tanto a nivel organizacional como individual, puedan aportar al conocimiento los diferentes hallazgos que permitan

concretar las condiciones necesarias para un aumento de la calidad de los cuidados.

10. ANEXOS

HOJA DE INFORMACIÓN PARA PARTICIPAR EN LA INVESTIGACIÓN

Título de la investigación:

Estudio FACIL-PBE: Factores que determinan la práctica clínica basada en la evidencia en enfermeras de hospital y atención primaria de Baleares. Propuesta de elementos de facilitación a partir del modelo PARISH.

Propósito de la investigación

Es establecer el diagnóstico de aquellos elementos favorecedores y obstaculizadores para la implementación de una práctica clínica basada en la evidencia (PCBE) de tal modo que se puedan generar cambios en la práctica clínica a través de facilitadores tanto internos como externos a la institución.

Descripción de la investigación

Este proyecto se desarrollará en colaboración con la Conselleria de Salut i Consum de les Illes Balears y el Servei de Salut de les Illes Balears.(IB-SALUT). La metodología del proyecto será llevada a cabo mediante un trabajo de campo en todos los hospitales y centros de salud de carácter público y dependientes del Sistema Nacional de Salud en la Comunidad Autónoma

En una primera fase de diagnóstico, el estudio se plantea con metodología cuantitativa como observacional descriptivo y de corte transversal. Mediante los cuestionarios Nursing Work Index y Evidence-Based Practice Questionnaire se establecerá un diagnóstico de los factores que determinan la PCBE, en función de las respuestas de los centros, unidades e individuos.

En una segunda fase se plantea un estudio cualitativo desde la perspectiva crítico social en la que se analizarán las causas de la situación diagnosticada según los informadores, los cambios propuestos para mejorar la PCBE y las acciones que se consideren necesarias para alcanzar estos cambios.

Tras el diagnóstico en una primera fase de los elementos que los profesionales consideran deficitarios para una (PCBE) en esta segunda fase utilizaremos una metodología llamada investigación-acción participativa, que tiene su punto de partida en la detección de un problema que un grupo de personas desea resolver, es esencial la participación activa de las personas afectadas por ese problema en la búsqueda e implantación de estrategias para solucionarlo.

Esta fase del proyecto, se desarrollará en 11 meses aproximadamente. A lo largo de esta fase buscamos provocar el diálogo, la reflexión y la aportación de los profesionales en el proceso de cambio, para ello utilizaremos, básicamente, la técnica de recogida de datos, mediante el *grupo*

focal o de discusión (GF), en el que participarán un máximo de 12 personas. El contenido de los GF será grabado y posteriormente transcrito para ser analizado. Una vez hecha la transcripción, la grabación será eliminada. En la transcripción se omitirán todas las referencias que puedan identificar a los participantes.

Los participantes serán enfermeras y enfermeros de los centros:

- H. Son Dureta
- H. Son Llatzer
- H. Comarcal de Inca
- H. de Manacor
- H. San Juan de Dios
- H. Can Mises (Ibiza)
- H. Mateu Orfila (Menorca)
- Centros de salud Área Mallorca
- Centros de Salud Área Ibiza - Formentera
- Centros de Salud Área Menorca

Beneficios potenciales, perjuicios e inconvenientes.

La participación activa en este proyecto ayudará a mejorar la calidad de la atención clínica que prestan las enfermeras. Además permitirá implantar estrategias consensuadas que mejoren la atención y den respuesta a la opinión y de los profesionales. Tu contribución también ayudará a comprender que los procesos participativos, como éste, son útiles para generar cambios en los servicios de salud.

Confidencialidad

La identidad de los representantes y participantes no será revelada en ningún informe de este estudio. Los investigadores no difundirán información alguna que pueda identificarles, aunque sí se mencionarán las unidades donde se desarrollará el estudio. Se solicitará a las personas que participan en el GF que no difundan los comentarios específicos de otros compañeros generados en dichos grupos. Sin embargo, dado el carácter participativo y abierto de esta investigación, y dado el grado de intercambio de ideas que esperamos provocar, será muy difícil evitar que, dentro de tu unidad, se sepa que estás participando en el proyecto. En cualquier caso el equipo investigador se compromete a cumplir estrictamente la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, garantizando al participante en este estudio que podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de los datos recogidos ante Joan De Pedro, como investigador principal.

Participación

La participación en el proyecto es completamente voluntaria. Puedes negarte a participar en el estudio, si aceptas participar y a lo largo del proyecto cambias de opinión, puedes retirarte del proyecto en el momento que lo desees. Para eso, simplemente debes informar a la investigadora/or responsable de tu grupo sin necesidad de argumentar o justificar nada.

Con quién contactar

En caso que desees hacer alguna pregunta, resolver dudas o recibir información por escrito sobre el proyecto, puedes ponerte en contacto con Joan De Pedro que es el investigador principal. El es profesor en el Departament d'Infermeria i Fisioteràpia de la Universitat de les Illes Balears y puedes encontrarla en el teléfono 971172606 o en el correo electrónico depedro@uib.es. También puedes preguntar e intercambiar ideas con cualquier compañero que sea miembro del equipo investigador (ver el listado inicial)

Equipo investigador:

- JOAN DE PEDRO enfermero profesor del Departamento de Enfermería y Fisioterapia UIB
- JORDI PERICAS enfermero profesor del Departamento de Enfermería y Fisioterapia UIB
- MIGUEL BENNASAR enfermero profesor del Departamento de Enfermería y Fisioterapia UIB
- GUILLEM ARTIGUES enfermero Dirección General de Salud Pública de la Consejería de Salud y Consumo de las Islas Baleares
- SUSANA GONZÁLEZ, enfermera Centro de Salud
- MARTA ALONSO enfermera supervisora del área de formación e investigación de enfermería en el Hospital Universitario Son Dureta.
- PATRICIA GÓMEZ enfermera directora de cuidados y coordinadora sociosanitaria del Ib-salut.
- ROSA M^a ADROVER enfermera adjunta de la dirección de cuidados y coordinación sociosanitaria del Ib-salut.
- FRANCISCO LOZANO enfermero coordinador del área de docencia, investigación y calidad en enfermería del Hospital de Manacor.
- REYES MARÍN, enfermera coordinadora de enfermería en la unidad de hospitalización del Hospital San Juan de Dios.
- BERTA ARTIGAS enfermera profesora del Departamento de Enfermería y Fisioterapia UIB Fisioterapia de la UIB.
- CATI PERELLÓ enfermera profesora del Departamento de Enfermería y Fisioterapia UIB Fisioterapia de la UIB.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA COLABORAR COMO PARTICIPANTE

Estudio FACIL-PBE: Factores que determinan la práctica clínica basada en la evidencia en enfermeras de hospital y atención primaria de Baleares. Propuesta de elementos de facilitación a partir del modelo PARISH.

Toda la información de la investigación que aparece en las páginas adjuntas me ha sido explicada y las posibles cuestiones que tenía sobre el estudio han sido respondidas a mi satisfacción. Soy consciente de mi derecho a retirarme del estudio en cualquier momento sin dar explicaciones. He comprendido que los investigadores no difundirán mi nombre, ni el contenido de mi participación y que la transcripción del contenido se realizara en condiciones de total anonimato, aunque, dado el carácter participativo de la investigación, es posible en mi unidad sea conocido que participo en el proyecto.

Acepto participar y conozco que el propósito de esta investigación es promover la mejora en los cuidados y entiendo que los grupos focales serán grabados.

Por el presente documento acepto participar en este estudio de investigación, cuya investigador principal es Joan De Pedro, profesor del Departament d'Infermeria i Fisioteràpia de la Universitat de les Illes Balears. Entiendo que podré mantener el contacto con el mediante el teléfono 971172606 y a través del correo electrónico depedro@uib.es.

Nombre del participante

Firma

Fecha

11. BIBLIOGRAFÍA

- 1 Foucault M. La vida de los hombres infames. Ensayos sobre desviación y dominación. Madrid: La Piqueta; 1990.
- 2 Brennan PF, Fitzpatrick JJ. On the essential integration of nursing and informatics AACN. Clinical Issues 1992; 3 (4): 797-803
- 3 Carty B. Information features of clinical nursing information systems: a Delphi study. In Nursing Informatics: an International Overview for Nursing in a Technological Era (Grobe SJ, Pluyter-Wenting ESP eds), Elsevier Science, Amsterdam, 1994: 461-465.
- 4 Hunt JM. Guest editorial. J Adv Nursing 1996; 23: 423-425.
- 5 Manteca González A. Sobre el término evidencia. Evidencia Científica. Lenguaje médico. Medicina Basada en la Evidencia. Aten Primaria 1997; 20 (8): 120.
- 6 Miguel García F, Echeverría M, Poza E. Evidencia científica versus estado actual de la cuestión. Aten Primaria 1997; 20 (8): 118-20.
- 7 Chalmers AF. ¿Qué es esa cosa llamada ciencia?. Madrid: Siglo XXI; 1989.
- 8 Gálvez Ibáñez M. Contra la sacralización de la "evidencia". Aten. Primaria 1997; 2000 (8): 109-10.
- 9 Lorenzo S, Mira JJ, Sánchez E. Gestión de calidad total y medicina basada en la evidencia. Med Clin (Barc) 2000; 114: 460-463
- 10 Feinstein AR. Clinical Epidemiology. The architecture of Clinical Research. Philadelphia: Saunders; 1985
- 11 Evidence-Based Medicine Working Group. Evidence-Based Medicine: A new approach to teaching the practice of Medicine. JAMA 1992; 268: 2420-2425
- 12 Pozo Rodríguez F. La medicina basada en la evidencia. Una perspectiva desde la clínica. Med Clin 1999; 112(Supl 1): 12-16
- 13 Sackett DL, Rosenberg WMC, Muir JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence Based Medicine: What it is and what it isn't. Br Med J 1996; 312: 71-2
- 14 Sackett DL, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. Medicina Basada en la Evidencia. Cómo ejercer y enseñar la MBE. Londres: Churchill Livingstone, 1997
- 15 Rosenberg W, Donald A. Evidence based medicine: an approach to clinical problem-solving. Br Med J 1995; 310: 1122-1126
- 16 Gol-Freixa JM, del Llano Señarís E. El fenómeno de la medicina basada en la evidencia. Med Clí 1999; 112 (Supl 1): 3-8

-
- 17** López Arrieta J, Qizilbash N. La medicina basada en pruebas: revisiones sistemáticas. La Colaboración Cochrane. Med Clin 1996; 107:581-585.
- 18** Murillo CE, Albero TA, Duque Amusco A, Reche MP. El trabajoso camino hasta la evidencia. Med Clin (Barc) 1999; 112:660-668.
- 19** Kuhn TS. La estructura de las revoluciones científicas. México D.F: Fondo de Cultura Económica, 1975 (reimp.2001)
- 20** Guerra Romero L. La Medicina basada en la evidencia: un intento por acercar la ciencia al arte de la práctica clínica. Med Clin 1996; 107:377-382.
- 21** Haynes RB, Devereaux PJ, Guyatt GH. Clinical expertise in the era of evidence-based medicine and patient choice. Evidence-Based Medicine 2002; 7:36-38.
- 22** Gol-Freixa JM, del Llano Se_arís E. El fenómeno de la medicina basada en la evidencia. Med Clín 1999;112 (Supl 1):3-8
- 23** González De Dios J. De la Medicina basada en la evidencia a la evidencia basada en la medicina. An Esp Pediatr 2001;55:429-439.
- 24** Taylor CD. Grey zones of clinical practice: some limits to evidence-based medicine. Lancet 1995;345:840-842
- 25** Soto J. Medicina basada en la eficiencia: una inevitable realidad para el siglo XXI. Med Clin (Barc) 1999;113:655-657
- 26** Ferrer V, Medina JL, Lloret C. La complejidad en enfermería Profesión, Gestión, Formación. Barcelona: Alertes SA; 2003.
- 27** Bunge M. La investigación científica. Barcelona: Ariel S.A.; 1985
- 28** Hardey M. The dissemination and utilization of nursing research. En M. Hardey & A. Mulhall, Nursing Research. Theory and Practice. London: Chapman and may. 1994.
- 29** Hermosilla Gago T. REMI y Enfermería Basada en la Evidencia: reducir la variabilidad de los cuidados enfermeros. Revista Electrónica de Medicina Intensiva 2003. 3 (11). Disponible en <http://remi.uninet.edu/2003/11/REMIA008.htm> (Visitado el 12/05/2004).
- 30** Retsas A. Barriers to using research evidence in nursing practice. J. Advanced Nursing 2000; 31:599-606.
- 31** Leighton-Bech L. What is networking? Nurse Res 2000; 7:4-12.
- 32** Chapman H. Why do nurses not make use of a solid research base? Nursing Times 1996; 92:38-9.
- 33** Molina JL, Sandin MP. Epistemología y enfermería: paradigmas de la investigación enfermera (y II). Enfermería Clínica 1995; 5:40-52.

-
- 34** Gálvez A. Práctica clínica basada en la evidencia. Una aproximación bibliográfica. *Index Enferm* 1999; 27:54-6.
- 35** Allison K, Porter K. Consensus on the prehospital approach to burns patient management. *Emerg Med J.* 2004; 21(1):112-4.
- 36** De Pedro Gómez J, Sales Girona D. La autonomía del paciente es una prioridad para la enfermera. ¿Por qué no lo es para el paciente ni para el médico?. *Evidentia.* 2007 jul-ago; 4(16). En: <http://www.index-f.com/evidentia/n16/366articulo.php>
- 37** Hodge M, Kochie LD, Larsen L, Santiago M. Clinician-implemented research utilization in critical care. *Am J Crit Care* 2003; 12:361-6.
- 38** Martínez Riera JR. Barreras e Instrumentos facilitadores de la Enfermería Basada en la Evidencia. *Enf Clínica* 2003; 13(5):303-8.
- 39** Eccles M., Grimshaw J., Walker A., Johnston M., Pitts N. Changing the behavior of healthcare professionals: The use of theory in promoting the uptake of research findings. *Journal of Clinical Epidemiology*, 2005; 58: 107-112.
- 40** Bero LA., Grilli R., Grimshaw JM., Harvey E., Oxman AD., Thomson MA. Closing the gap between research and practice: An overview of systematic reviews of interventions to promote the implementation of research findings. The Cochrane Effective Practice and Organization of Care Review Group. *BMJ*, 1998; 317: 465-468.
- 41** Grol R. Successes and failures in the implementation of evidence-based guidelines for clinical practice. *Medical Care*, 2001; 39: II-46-II-54
- 42** Thomas LH., McColl E., Cullum N., Rousseau N., Soutter J., Steen, N. Effect of clinical guidelines in nursing, midwifery and the therapies: A systematic review of evaluations. *Quality in Health Care*, 1998; 7: 183-191
- 43** Wallin L., Bostrom AM., Harvey G., Wikblad K., Ewald U. National guidelines for Swedish neonatal nursing care: Evaluation of clinical application. *International Journal for Quality in Health Care*, 2000; 12: 465-474.
- 44** Kitson A., Harvey G., McCormack B. Enabling the implementation of evidence based practice: A conceptual framework. *Quality and Safety in Health Care*, 1998; 7:149-158.
- 45** Dopson S., FitzGerald L., Ferlie E., Gabbay J., Locock L. No magic targets! Changing clinical practice to become more evidence based. *Health Care Management Review*, 2002; 27(3): 35-47.

-
- 46 Grol R., Grimshaw J. From best evidence to best practice: Effective implementation of change in patients' care. *Lancet*, 2003; 362: 1225-1230.
- 47 Grimshaw JM., Thomas RE., MacLennan G., Fraser C., Ramsay CR., Vale L., et al. Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. *Health Technology Assessment*, 2004; 8(6): 1-72.
- 48 Estabrooks CA. Translating research into practice: Implications for organizations and administrators. *Canadian Journal of Nursing Research*, 2003; 35(3): 53-68.
- 49 Davis DA., Taylor VA. Translating guidelines into practice: a systematic review of theoretic concepts, practical experience and research evidence in the adoption of clinical practice guidelines. *CMAJ*, 1997; 157: 408-416.
- 50 Estabrooks CA., Winther C., Derksen L. Mapping the field: A bibliometric analysis of the research utilization literature in nursing. *Nursing Research*, 2004; 53: 293-303. (només hi ha l'abstract l'he inclòs a la meua compta)
- 51 Estabrooks CA., Chong H., Brigidear K., Profetto-McGrath J. Profiling Canadian nurses' preferred knowledge sources for clinical practice. *Canadian Journal of Nursing Research*, 2005; 37(2): 118-140.
- 52 Meijers J., Janssen M., Cummings GG., Wallin L., Estabrooks CA., Halfens R. Assessing the relationships between contextual factors and research utilization in nursing: Systematic literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 2006; 55: 622-635.
- 53 Horsley JA., Crane J., Bingle JD. Research utilization as an organizational process. *Journal of Nursing Administration*, 1978; 8(7): 4-6.
- 54 Goode C., Lovett MK., Hayes JE., Butcher LA. Use of research based knowledge in clinical practice. *Journal of Nursing Administration*, 1987; 17(12): 11-18
- 55 Titler MG., Kleiber C., Steelman V., Goode C., Rakel B., Barry-Walker J., et al. Infusing research into practice to promote quality care. *Nursing Research*, 1994; 43: 307-313
- 56 Logan J., Graham ID. Toward a comprehensive interdisciplinary model of health care research use. *Science Communication*, 1998; 20: 227-246
- 57 Dufault M. A collaborative model for research development and utilization: Process, structure, and outcomes. *Journal of Nursing Staff Development*, 1995; 11: 139-144.
- 58 Stetler CB. Updating the Stetler Model of research utilization to facilitate evidence-based practice. *Nursing Outlook*, 2001; 49: 272-279.

-
- 59** Dobbins M., Ciliska D., Cockerill R., Barnsley J., DiCenso A. A framework for the dissemination and utilization of research for health-care policy and practice. *Online Journal of Knowledge Synthesis for Nursing*, 2002; 9: 7.
- 60** Stetler CB. Role of the organization in translating research into evidence-based practice. *Outcomes management*, 2003; 7: 97-105
- 61** Lake E. Development of the practice environment scale of the Nursing Work Index. *Research in Nursing and Health*, 2002;25:176-188.
- 62** López SR. Estudio piloto para la validación de una escala sobre el entorno de práctica enfermera en el Hospital San Cecilio. *Enfermería Clínica*, 2005; 15(1):8-16.
- 63** Upton D., Upton P. Development of an evidence-based practice questionnaire for nurses. *Journal of advanced nursing*, 2006; 54(4) : 454-458.
- 64** De Pedro JE., Morales JM. Las organizaciones, ¿favorecen o dificultan una práctica enfermera basada en la evidencia? *Index de Enfermería [Index Enferm]* 2004; 44-45:26-31.
- 65** Morales JM., Morilla JC. ¿Qué hace que las enfermeras utilicen resultados de investigación con sus pacientes? *Evidentia*, 2008; 5 (19)
- 66** Morales JM., Morilla JC., Martín FJ. ¿Gestión de riesgos o el riesgo de una mala gestión? La variabilidad en la ratio enfermera-paciente también influye en los resultados de hospitales europeos. *Evidentia*, 2007 jul-ago; 4 (16).
- 67** Kane RL, Shamliyan TA, Mueller C, Duval S, Wilt TL. The association of registered nurse staffing levels and patient outcomes. *Medical Care*, 2007 ; 45(12) :1195-1204.
- 68** Aiken L H, Clarke S P, Sloane DM, Sochalski J, Silber JH. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *Journal of the American Medical Association*, 2002 ; 288 (16), 1987–1993
- 69** Needleman J., Buerhaus P., Mattke S., Stewart M., Zelevinsky K. Nurse staffing levels and the quality of care in hospitals. *The new england journal of medicine*, 2002; 346:1715-1722.
- 70** Aranaz JM. Estudio nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización. ENEAS 2005. Informe Febrero 2006. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid.
- 71** Morales JM., Morilla JC., Martín FJ., Recursos humanos en los servicios de salud: ¿decisiones políticas o política de decisiones?. *Index de Enfermería [Índex Enferm]* 2007; 56: 9-11.

-
- 72** Rycroft-Malone J., Kitson A., Harvey G., McCormack B., Seers K., Titchen A., et al. Ingredients for change: Revisiting a conceptual framework. *Quality and Safety in Health Care*, 2002; 11: 174-180.
- 73** Owen S., Milburn C. Implementing research findings into practice: Improving and developing services for women with serious and enduring mental health problems. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2001; 8: 221-231
- 74** Sharp ND., Pineros SL., Hsu C., Starks H., Sales AE. A qualitative study to identify barriers and facilitators to implementation of pilot interventions in the Veterans Health Administration (VHA) Northwest Network. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 2004; 1: 129-139
- 75** Wallin L., Profetto-McGrath J., Levers MJ. Implementing nursing practice guidelines: A complex undertaking. *Journal of Wound, Ostomy, and Continence Nursing*, 2005; 32: 294-300.
- 76** Rycroft-Malone, J. (2004). The PARIHS Framework—A Framework for Guiding the Implementation of Evidence-based Practice. *Journal of Nursing Care Quality*, 19 (4), 297-304.
- 77** Wallin L., Estabrooks CA., Midodzi WK., Cummings GG. Development and validation of a derived measure of research utilization by nurses. *Nursing Research*, 2006; 55: 149-160.
- 78** Harvey G., Loftus-Hill A., Rycroft-Malone J., Titchen A., Kitson A., McCormack B., et al. Getting evidence into practice: The role and function of facilitation. *Journal of Advanced Nursing*, 2002; 37: 577-588
- 79** Stetler CB., Legro MW., Rycroft-Malone J., Bowman C., Curran G., Guihan M., et al. Role of “external facilitation” in implementation of research findings: A qualitative evaluation of facilitation experiences in the Veterans Health Administration. *Implementation Science*, 2006; 1: 23
- 80** Manley K., McCormack B. Practice development: purpose, methodology, facilitation and evaluation. *Nursing in Critical Care*, 2003; 8 (1): 22-29.
- 81** Guba E., Lincoln Y. *Fourth Generation Evaluation*. Newbury Park, CA. Sage Publications, 1989.
- 82** Kanter R.M. *Men and Women of the Corporation*, 2nd edn. Basic Books, New York, 1993.
- 83** Laschinger HKS, Finegan J, Shamian J, Wilk P. Workplace empowerment as a predictor of nurse burnout in restructured healthcare settings. *Longwoods Rev.* 2003;1:2-11

84 Greco P; Laschinger HKS; Wong C. Nursing research. Leader empowering behaviours, staff nurse empowerment and work engagement/burnout Canadian Journal of Nursing Leadership, 2006 Dec; 19(4): 41-56

85 Dijkstra R, Wensing M, Thomas R, Akkermans R, Braspenning J, Grimshaw J, Grol R. The relationship between organisational characteristics and the effects of clinical guidelines on medical performance in hospitals, a meta-analysis BMC Health Services Research 2006, 6:53